

Fiche Mémo

Contraception chez l'adolescente

Juillet 2013
Mise à jour Janvier 2015

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », document de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » et rapport « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez l'adolescente

L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents, en toute confidentialité

- L'adolescente sera reçue de préférence sans ses parents. Si l'adolescente est accompagnée par ses parents, proposer un temps de la consultation uniquement avec elle.
- L'entretien est confidentiel, ce dont l'adolescente doit être informée.
- Une prise en charge gratuite et confidentielle est possible dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). En dehors des CPEF, les pilules estroprogestatives ou progestatives, l'implant progestatif et le dispositif intra-utérin (DIU) sont délivrés gratuitement sur prescription pour les mineures de 15 à 18 ans en pharmacie.

La démarche de conseil/accompagnement doit être adaptée à l'âge et aux besoins

- Engager le dialogue en évitant d'être intrusif, évoquer ses habitudes de vie, ses besoins, ses souhaits, rassurer l'adolescente quant aux inquiétudes qu'elle peut avoir concernant sa transformation physique, ses désirs, ses craintes…
- Évoquer avec l'adolescente, sans porter de jugement, ses connaissances sur la physiologie, les méthodes de contraception qu'elle connaît, la compréhension des risques de grossesse, son activité sexuelle, l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive, l'existence d'une grossesse antérieure et son évolution.
- Recueillir des informations sur les antécédents personnels ou familiaux en utilisant des termes compréhensibles.
- Expliquer que le risque de grossesse existe dès l'apparition des premières règles, même si elles sont irrégulières, et dès le premier rapport sexuel.
- Prendre en compte les comportements à risque (addictions tabac, alcool, drogues, dépression, mauvaise estime de soi, difficultés scolaires, manque de soutien familial, niveau d'éducation et de revenus) et évaluer la possibilité de contrainte ou violence dans les relations sexuelles.
- Réévaluer chaque année l'adéquation entre la situation personnelle de la jeune fille et son mode de contraception et lui rappeler les autres méthodes possibles dans sa situation.

L'examen gynécologique peut être différé

- L'examen clinique comprend : examen général, taille, indice de masse corporelle, **tension artérielle**, autres éléments comme importance et localisation de l'acné, pilosité.
- L'examen gynécologique n'est pas nécessaire lors de la 1re consultation, sauf symptômes ou antécédents le justifiant. L'examen gynécologique peut être expliqué lors du 1er entretien et programmé pour une consultation ultérieure.

L'information à délivrer

- Informer sur les différentes méthodes contraceptives disponibles :
  - l'âge en lui-même ne devrait pas limiter le choix de la méthode contraceptive, en dehors de la stérilisation ;
  - contenu de l'information : mode d'emploi, efficacité (optimale et en utilisation courante), contre-indications, risques (notamment risque thromboembolique) et effets indésirables possibles (notamment sur l'acné et les règles), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement…

⇨

L'information à délivrer (suite)

→ Rassurer sur les éventuelles craintes des adolescentes concernant :
- la prise de poids : pas de preuve de prise de poids sous pilule estroprogestative, relation entre prise de poids et progestatifs seuls mal documentée ;
- l'acné : effets variables selon la femme et le type de contraception hormonale ;
- le retour de la fertilité : est en général immédiat **sauf après injection de progestatif** où il peut prendre jusqu'à 12 mois ;
- l'impact sur les règles : amélioration possible des dysménorrhées sous pilule estroprogestative, risque de trouble des règles (aménorrhée, spotting) sous contraception hormonale.

→ Informer sur les préservatifs, les IST y compris le sida : encourager l'utilisation des préservatifs et expliquer concrètement leur utilisation. Évaluer la capacité d'utilisation des préservatifs et la possibilité d'une réticence à leur utilisation.

→ Contraception d'urgence : informer sur :
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal), de non-utilisation ou de rupture d'un préservatif et sur les méthodes de rattrapage possibles ;
- la gratuité et l'anonymat en pharmacie, dans les infirmeries scolaires ou en centre de planification ou d'éducation familiale de la contraception d'urgence au lévonorgestrel.

Méthodes utilisables

→ Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.

→ Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

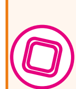
Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

→ Les estroprogestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel[2], hépatique, carcinologique…) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine…).

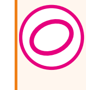
→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : les pilules de 3e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1re ou 2e génération[3] et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.




→ Le prescripteur doit fournir des informations aux adolescentes et s'assurer de leur bonne compréhension concernant :
- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : pour la voie orale, prise quotidienne, toujours au même moment de la journée. Trouver avec l'adolescente les moyens d'une bonne observance (sonnerie sur le téléphone portable, etc.) ;



- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h[4] (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;



- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux[5] ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)[6] ;
- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture…) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[7] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

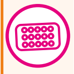
---

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).
3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1re ou 2e génération » (HAS, 2012).
4. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.
5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).
6. Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.
7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

→ Les progestatifs sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne).

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles :
- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel - méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de trouble menstruel (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
- les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.





→ Les adolescentes doivent être informées sur :
- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)[8] ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses» (disponible sur le site de l'ANSM : http://ansm.sante.fr).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares **ou nullipares/ nulligestes**).

→ Les DIU sont utilisables chez l'adolescente ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*[9] avant la pose). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ Les adolescentes doivent être informées sur :
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus abondantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;
- la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.



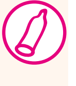
→ Certains dispositifs de plus petite taille sont mieux adaptés aux adolescentes.

→ Le DIU au LNG est à considérer avec précaution chez l'adolescente, notamment en raison des difficultés de la pose. Il est cependant possible de le proposer aux adolescentes ayant des règles abondantes, à condition qu'elles acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

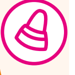
→ Il faut conseiller aux adolescentes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexpliqués.

9. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)



→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle. Néanmoins, le risque d'échec est plus élevé chez les jeunes.



→ Compte tenu du taux d'échec élevé, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être envisagée et discutée avec les adolescents.

⇨

Méthodes barrières (suite)



→ Préservatifs (masculins, féminins) :
- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)[10] ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence.

→ Diaphragme, cape cervicale, spermicides :
- efficacité contraceptive du diaphragme / de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »)
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida**.
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, par le praticien (médecin ou sage-femme) après examen gynécologique et l'apprentissage se font en consultation.
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

10. Voir documents de l'Inpes :
- « Mode d'emploi du préservatif féminin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/616.pdf.
- « Mode d'emploi du préservatif masculin » – http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/748.pdf.

Méthodes naturelles (retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)



→ Méthodes peu adaptées aux adolescentes en raison de l'irrégularité de leur cycle, de leur indice de fertilité élevé et du risque d'échec élevé de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives »).

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)



→ Non autorisées par la loi chez les mineures[11].

11. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (codifiée à l'article L. 2123-1 du CSP).



Ressources Internet

→ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
→ Association fil-santé jeunes : **www.filsantejeunes.com**
→ Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
→ Centres de planification ou d'éducation familiale : **www.sante.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale**
→ Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
→ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr, www.choisirsacontraception.fr, www.onsexprime.fr, www.info-ist.fr**
→ Ministère de la Santé : **www.sante.gouv.fr –** rubrique « Contraception »
→ Mouvement français pour le planning familial : **www.planning-familial.org**



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00